

## Intake/annual Checklist

Please complete the following to see what forms need to be completed:

*All highlighted fields must be completed for list to generate below.*

Format:

Paper

Age Group	Please Select
Substance Use Diagnosis	Please Select
HIV Diagnosis	Please Select
Insurance	Please Select
Has a Guardian	Please Select
Services Needed	Please Select
Visit Type	Please Select
Rendering SB&H Staff is Licensed	Please Select
<b>Recommended Steps Completed</b>	<b>0</b>

<b>Intake Consents &amp; Steps</b>	<b>Required (If Applicable)</b>	<b>Location</b>	<b>Completed</b>
<a href="#">Consent Packet Acknowledgement</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">SUD Release</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">SP Advance Directive (18+)</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">PCP ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">School ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">JPO ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">External BH provider ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Family/Friends ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Dual Enrollment- OTP specific</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Transport Authorization- youth specific</a>		Axiom/Excel	
Copy of Insurance Card		Axiom - Scanned documents	
Private Pay Agreement		Confluence	
Copy of Birth Certificate, Notice to Provider (DCS Only), or Proof of Guardianship		Axiom - Scanned documents	
Copy of Member ID or Birth Certificate		Axiom - Scanned documents	
Create Chart in Axiom		Axiom - Scanned documents	

<b>Screening Forms</b>	<b>Required?</b>	<b>Location</b>	<b>Completed</b>
<a href="#">Patient Information Form [PIF]</a>		Axiom/Excel	
Demographic [834]		Axiom	
<a href="#">Adult Health Risk Assessment [HRA]</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Youth Health Risk Assessment [HRA]</a>		Axiom/Excel	
PCP Medical History Form		Axiom/Paper	
Depression Screener [PHQ-9]		Axiom/Paper	
Anxiety Screener [GAD-7]		Axiom/Paper	
ADHD Screener		Axiom/Paper	

<b><u>Assessment Forms</u></b>	<b><u>Required?</u></b>	<b><u>Location</u></b>	<b><u>Completed</u></b>
Engagement Session Note [Assessment]		Axiom	
Substance Use Screener [ASAM]			
Service Plan		Axiom	
Support & Safety Plan		Axiom	
ART/CFT/Staffing Plan		Axiom	
Developmental History Assessment		Axiom	
Columbia-Suicide Severity Rating Scale		Axiom	
CALOCUS		CALOCUS Portal	
Strength Needs Culture Discovery [SNCD]		Axiom	
PCP Note 3.0		Axiom	

<b><u>Wrap Up</u></b>	<b><u>Required?</u></b>	<b><u>Location</u></b>	<b><u>Completed</u></b>
Overview of next steps		Confluence	
PCP Communication		Axiom	
Birth to 5 Observations Scheduled		Axiom - scheduling	
Nursing Assessment Scheduled		Axiom - scheduling	
Therapy Appointment Scheduled		Axiom - scheduling	
Psych Eval Scheduled		Axiom - scheduling	
PCP Visit Scheduled		Axiom - scheduling	
Copies of Service Plan and Support & Safety Plan given to member		Axiom	
Pend Engagement Session Note and Service Plan to BHP		Axiom	
Document Closed		Axiom	



**Southwest Behavioral & Health Services**

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono	

He recibido una copia del Paquete de Consentimiento de Servicios de Salud y Comportamiento de Southwest Behavioral and Health Services, que se resume a continuación. Entiendo cada formulario tal como se me ha presentado y estoy de acuerdo con las guías y expectativas. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar los formularios de consentimiento a continuación y entiendo que tengo la capacidad de hacer preguntas a mi satisfacción como parte del proceso de admisión de SB&H. Entiendo que se colocará una copia de esta página en mi registro clínico para demostrar que recibí el contenido de este documento.

Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento (Manual SB&H)  
**Por la presente doy fe y reconozco que he leído por completo este acuerdo de consentimiento para evaluación y/o tratamiento y declaro, confirmo y certifico expresamente que tengo la autoridad para ejecutar este acuerdo en mi nombre o en el del menor correspondiente conforme con todos y cada uno de los términos y condiciones identificados y expresados en este Acuerdo. He tenido amplia oportunidad de revisar el contenido de este Acuerdo y por lo presente autorizo a SBH a proceder en función de mi autoridad para otorgar a SBH la capacidad de evaluarme y/o tratarme a mí mismo o al menor aplicable. Expresé y representé inequívocamente mi capacidad y autoridad para otorgar a SBH el derecho a proceder.**

Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Telepráctica (Manual SB&H)  
 Consiento  No Consiento Participar en servicios de telepráctica  
 Consentimiento de comunicación  Correo electrónico  Correo de voz  Texto  
 Acuerdo de Guías de Asistencia (Manual SB&H)  
 Reconocimiento del Manual del Miembro del Plan de Salud (enlaces en el manual de SB&H)

Acuerdo de Pago: Doy mi consentimiento para que SBH facture a mi aseguradora por los servicios proporcionados según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad mencionado a continuación. Elijo recibir servicios con la comprensión de que puedo ser personalmente responsable de pagar por el servicio que se me está brindando. (Manual de SB&H)

Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Lista De Servicios Disponibles en SB&H, Planificación de Servicios, Planificación de Transición/Alta, Tarifas, Seguridad, Código de Ética de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de AHCCCS, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias, Derechos de las Personas Atendidas, Derechos Adicionales para Instalaciones de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados o Residenciales, Derechos Legales para Personas con Enfermedades Mentales Graves, Aviso a personas con enfermedades mentales graves, Aviso a personas que reciben servicios de abuso de sustancias, Política y procedimiento de quejas, apelaciones y quejas). Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas: 602-364-3030; Oficina de Licencias de Instalaciones de Salud Conductual: 602-542-3422.



[Blank signature line for Patient]

Firma del Paciente

[Blank date line]

Fecha

[Blank signature line for Parent, Legal Tutor, or Other Required Signature]

Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)

[Blank date line]

Fecha

[Blank signature line for SBH Staff Member]

Firma del Miembro del Personal de SBH

[Blank date line]

Fecha



**Southwest Behavioral & Health Services**  
**Formulario de solicitud de divulgación de información y registros**

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros       Marque aquí si desea solicitar sus registros
- Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

**Como quiere que los registros sean enviados?**     Correo     Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas)     Correo electrónico (incluye la dirección): \_\_\_\_\_

**Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán)**     últimos 60 días     últimos 90 días     últimos 12 meses

Otro (incluya las fechas): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente      Número de Seguro Social      Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal      Teléfono

**Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:**

Southwest Behavioral & Health Services	602-265-8338
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
3450 N. 3rd Street, Phoenix, AZ 85012	602-323-2351
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

**Y**

_____	_____
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
_____	_____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

**Aviso al Recipiente:** Esta información ha sido obtenida de registros protegidos por leyes Federales. Estos registros no están sujetos a una nueva divulgación. Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación subsecuente de Información sobre Abuso de Sustancias sin consentimiento específico por escrito de la persona de la cual la información le pertenece o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Entiendo que, si esta información es divulgada a la persona indicada, la persona podría no seguir las leyes Federales sobre privacidad y mi información médica protegida podría ser divulgada por la tercera persona. El tratamiento, el pago y/o la inscripción no están condicionados a que el miembro firme este consentimiento.

**Nota:** Las reglas del gobierno federal y estatal requieren que se complete una autorización por separado para cada una de las siguientes categorías: Información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, y registros de abuso de alcohol/sustancias.

**Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica          | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                     | <input type="checkbox"/> Medicamentos                   |
| <input type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos | <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta             | <input type="checkbox"/> Información sobre Abuso de Sustancias       | <input type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH        |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológico      | <input type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento        |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____    |  |   |

**Propósito de la Solicitud:** \_\_\_\_\_

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

**La Autorización vence:**

- 1 año a partir de esta fecha
- Otro: \_\_\_\_\_ (otra fecha – no más de un año)

_____	_____
Firma del Paciente/Tutor Legal	Fecha
_____	_____
Otra Firma Requerida (si aplica)	Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

**\*Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.**



**Southwest Behavioral & Health Services**

Nombre		Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono	Correo electrónico
Genero	<input type="checkbox"/> Genero Variante <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Cuestionando <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Raza:	<input type="checkbox"/> Niego a responder <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Cáucaso		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Niego a responder <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Niego a responder		
Idioma primario:	Idioma preferido:		
<b>Cobertura de Seguro</b> <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>			
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado (auto pago) <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Otro			
Compañía de Seguros		Id del Seguro#	Número de Póliza:
<b>Necesidades Especiales:</b>			
Interprete	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, especificar idioma _____		
Traductor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, especificar idioma _____		
Asistencia a la movilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria _____		
Asistencia para discapacidades visuales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria _____		
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria _____		
Necesita arreglos de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, identifique la necesidad _____		
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio			
<b>Contactos Importantes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Pupilo de la Corte (Tutor Legal es el Estado)			
<b>Padres/Tutor(es) Legal(es)</b>	_____	Teléfono	_____
<i>Debe proporcionar documentación legal vigente</i>	_____	Teléfono	_____
	_____	Teléfono	_____
<b>Contacto de Emergencia:</b>	_____	Teléfono	_____
<i>Complete ROI</i>	Dirección	_____	
<b>Doctor de Cabecera:</b>	_____	Teléfono	_____
	Dirección	Fax	_____
<b>Dentista:</b>	_____	Teléfono	_____
<b>Otro(s) especialista(s) de atención médica:</b>	_____	Teléfono	_____
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>	Dirección	Fax	_____
	_____	Teléfono	_____
	Dirección	Fax	_____
<b>Farmacia:</b>	Dirección _____		
<b>Otros Contactos Importantes</b> (por ejemplo: escuela, oficial de libertad condicional/libertad condicional, otras agencias [DCS, DDD], vecinos, abuelos)			
	Nombre: _____	Relación:	_____
	Teléfono: _____	Fax:	_____

Member's Name:

DOB:



**Evaluación de riesgos de salud y de salud de Southwest Behavioral & Health Services (Jóvenes)**

Nombre	Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono	Correo electrónico

**Detección de trastornos relacionados con sustancias**  Adulto (18+)  Niños (0-17)

*Pregúntele al joven sobre lo siguiente.*

¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo o para quedar bien?  No  Si

¿Alguna vez has usado alcohol o drogas cuando estabas solo?  No  Si

¿Alguna vez te has olvidado cosas mientras has usado alcohol o drogas?  No  Si

¿Alguna vez te has subido en un auto conducido por alguien (incluyéndote a ti) quien estaba endrogado o ha consumido alcohol o drogas?  No  Si

¿Alguna vez te han dicho tus familiares o amigos que debes de reducir el uso de alcohol o drogas?  No  Si

Alguna vez te has metido en problemas cuando estabas usando alcohol o drogas?  No  Si

¿Quien en tu familia usa alcohol o otras sustancias? \_\_\_\_\_

Apunte cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los jóvenes**

¿Ha sido diagnosticado con diabetes, asma, o presión arterial alta?  No  Si

Indique los medicamentos continuación, si corresponde \_\_\_\_\_

Revise los síntomas que el/la joven experimenta regularmente:

Colesterol alto  Dolor de pecho  Nausea/Vomito  Dolor de cabeza  Mareos

Cansancio extrema  Visión Borrosa  Sobre/Bajo peso  Otro: \_\_\_\_\_

¿El/la joven come una dieta pobre?  No  Si

¿El/la joven es sedentario o mínimamente activo?  No  Si

¿El/la joven está al día con las vacunas?  No  Si

¿El/la joven consume tabaco o está expuesto al humo de segunda mano?  No  Si

¿De ser así, con que frecuencia?

Vapor  Cigarrillos  Masticar  Otro: \_\_\_\_\_

Diario  Semanalmente  Ocasionalmente  Otro: \_\_\_\_\_

**Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)**

PCP archivado  ¿Alergia?  No  Si Por favor, especifique \_\_\_\_\_

Fecha de última visita \_\_\_\_\_ Problemas de salud \_\_\_\_\_

Dentista en el archivo Fecha de última visita \_\_\_\_\_ Problemas orales \_\_\_\_\_

Otro: Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ Otros problemas \_\_\_\_\_

**Las necesidades físicas y/o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.**

**Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.**

¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?  No  Si

## Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre o tutor legal). En lo sucesivo, el Tutor Legal, con domicilio en \_\_\_\_\_ (dirección) por la presente afirmo que soy el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ (nombre completo del menor), cuya identificación de AHCCCS es \_\_\_\_\_ (identificación de AHCCCS) y la fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_ en lo sucesivo denominada Menor.

El menor es \_\_\_\_\_ (edad) años. Al completar y firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento limitado limitado para Menor para ser transportado con el propósito de \_\_\_\_\_ (incluido el propósito de transporte), en lo sucesivo denominado Propósito. El Menor puede ser transportado para este Propósito desde \_\_\_\_\_ (fecha de inicio de la autorización) hasta \_\_\_\_\_ (fecha de finalización de la autorización; no puede ser más de 3 meses después de la fecha de inicio de la autorización). Menor serán transportados sin la presencia de su Tutor Legal

Al proporcionar esta autorización y liberación de responsabilidad, declaro que el menor puede ser transportado sin la presencia de su tutor legal y cumplirá con todas las reglas y regulaciones de seguridad comunicadas por el conductor. Entiendo que si el menor no sigue las reglas, el menor ya no puede ser transportado sin un tutor legal. Estoy de acuerdo en asegurarme de que el menor esté listo para su viaje y pueda llegar al lugar de recogida específico a la hora programada.

**Acepto informar al proveedor inscrito en AHCCCS dentro de las 48 horas si por alguna razón dejo de ser el Tutor Legal del Menor y acepto proporcionar el nombre y la información de contacto del Tutor Legal recién designado. Estoy de acuerdo en informar al proveedor inscrito en AHCCCS de inmediato en caso de que ya no dé mi consentimiento para que el menor reciba transporte que no sea de emergencia para los servicios médicos necesarios. Acepto proporcionar un formulario de Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad firmado y actualizado 3 meses después de la fecha de firma a continuación para continuar con la autorización para el propósito descrito anteriormente. Puedo solicitar en cualquier momento, por escrito, que se cancele esta autorización.**

Tras la ejecución de esta autorización y liberación para el transporte de un menor, por la presente libero a AHCCCS y al plan de salud contratado por AHCCCS, sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas de toda responsabilidad, causas de acción o reclamos en relación con el transporte.

Si alguna de la información anterior cambia, el Tutor Legal es responsable de proporcionar un Formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidad actualizado.

\_\_\_\_\_

Firma del tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha